

Strategi Menurunkan Prevalensi Gizi Kurang Pada Balita di Provinsi Jambi

Ummi Kalsum¹, Abas Basuni Jahari²

¹ Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi

² Pusat Teknologi Terapan dan Epidemiologi Klinik Balitbangkes Kemenkes RI

Email : ummi2103@gmail.com

ABSTRACT

Malnutrition is a major cause of morbidity and mortality among children in developing countries. This study aims to examine strategies to reduce the prevalence of malnutrition (underweight) in an effort to achieve the target of MDG's in nutrition programs in Jambi by analyzing the magnitude of the problem of nutrition according to indicators of W/A, H/A and W/H in infants (children aged 0-60 months). The data analyzed in this study came from the Health Research Association (Riskesdas) 2007 held in Jambi Province. The number of samples in the study were as 2213 of underfive children. The analysis showed that 36.6% of underfive children were stunting (H/A), 19.6% of underfive children were underweight (W/A) and 17.3% wasting (W/H). There are 80% of the City and District have malnutrition prevalence least not yet achieved the MDG's targets ranged from 15.9 to 26.3%. The proportion of infants not stunted (normal according to the W/A) but wasted were 5.3%, varies between 3.5% - 15.8% in the District/City. The proportion of not stunted (normal) but wasted (N-K) is what can be intervened by supplementary feeding (PMT) with immediately visible results. When all N-K children can be handled, the MDG's targets can be achieved in Jambi Province (14.3%). Strategies that can be done is to revitalize primary health centers and growth monitoring at integrated health post (Posyandu).

Key Words : underweight, stunted, wasted, underfive children

ABSTRAK

Gizi kurang merupakan penyebab utama dari angka kesakitan dan kematian diantara anak-anak di negara-negara berkembang. Penelitian ini bertujuan menelaah strategi untuk menurunkan prevalensi gizi kurang (*underweight*) dalam upaya mencapai target MDG's pada program gizi di Provinsi Jambi dengan menganalisis besaran masalah gizi menurut indikator BB/U, TB/U dan BB/TB pada balita (anak umur 0 – 59 bulan). Data yang dianalisis dalam penelitian ini berasal dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 yang dilaksanakan di Provinsi Jambi. Jumlah sampel dalam penelitian adalah sebanyak 2.213 balita. Hasil analisis menunjukkan bahwa 36,6% balita *stunting* (TB/U); 19,6% balita *underweight* (BB/U) dan 17,3% balita kurus dan sangat kurus atau *wasting* (BB/TB). Terdapat 80% Kabupaten Kota yang prevalensi gizi buruk-kurangnya belum mencapai target MDG's yaitu berkisar antara 15,9 – 26,3 %. Proporsi balita tidak pendek (normal menurut TB/U) tetapi kurus di Propinsi Jambi sebesar 5,3% yang bervariasi dari 3,5% - 15,8% antar Kabupaten/Kota. Proporsi balita dengan tinggi badan normal tetapi kurus (N-K) inilah yang dapat diintervensi melalui PMT dengan hasil segera terlihat. Bila semua balita N-K dapat ditangani, maka target MDG's di Provinsi Jambi dapat dicapai (14,3%). Strategi yang dapat dilakukan adalah dengan revitalisasi Puskesmas dan pemantauan pertumbuhan di Posyandu.

Kata kunci: gizi kurang, pendek, kurus, balita

PENDAHULUAN

Usaha pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDG's) di bidang kesehatan yang terkait dengan kemiskinan dan kelaparan (saat ini menjadi *Sustainable Development Goals*) menjadi fokus program kerja pemerintah. Usaha tersebut dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2010-2014 dengan menetapkan empat sasaran pembangunan kesehatan yaitu : 1) meningkatkan umur harapan hidup menjadi 72 tahun; 2) menurunkan angka kematian bayi menjadi 24/1000 kelahiran hidup; 3) menurunkan angka kematian ibu menjadi 228/100.000 kelahiran hidup dan 4) menurunkan prevalensi balita gizi kurang menjadi 15 % serta menurunkan prevalensi balita pendek menjadi 32%.¹

Permasalahan gizi perlu mendapatkan perhatian yang serius demi kelangsungan hidup anak balita yang pada akhirnya berpengaruh pula pada kelangsungan hidup bangsa karena gizi berkontribusi besar terhadap peningkatan sumber daya manusia. Anak-anak berumur dibawah lima tahun adalah kelompok rentan untuk masalah gizi dan kesehatan.²⁻⁶ Berbagai hasil penelitian telah menunjukkan adanya hubungan yang erat antara kurang gizi dengan kualitas generasi penerus bangsa²⁻⁴. Anak yang mengalami kurang gizi pada masa pembentukan otak (masa janin sampai dengan usia 2 tahun) atau saat ini dikenal dengan seribu hari pertama, akan memberikan pengaruh yang kurang baik bagi perkembangan fungsi otak yang sifatnya *irreversible* dan berdampak jangka panjang.^{3,4}

Saat ini, Indonesia masih dihadapkan dengan permasalahan gizi. Permasalahan gizi kurang pada balita selama tahun 1994-2004 tidak banyak mengalami perubahan, bahkan masalah gizi di Indonesia semakin kompleks dengan meningkatnya masalah kegemukan pada anak-anak selain permasalahan gizi yang sudah ada seperti BBLR, anak balita pendek, gizi kurang, anemia dan GAKY⁷. Hasil Riskesdas 2010 menunjukkan besaran masalah gizi kurang adalah 17,9%, kategori pendek 35,6%, dan kurus 13,3%.⁸ Angka ini terdistribusi secara tidak merata di seluruh wilayah Indonesia. Bila dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2007, menunjukkan adanya sedikit penurunan prevalensi gizi kurang pada balita yaitu sebesar 0,5% (dari 18,4%) selama kurun waktu tiga tahun⁹. Meskipun menurun, tetapi prevalensi tersebut masih di atas target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014, yaitu 15% dan *Millennium Development Goals* pada 2015, yaitu 15,5%.

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi berdasarkan hasil analisis terhadap Riskesdas tahun 2010 menyebutkan bahwa prevalensi gizi kurang-buruk menurut indikator BB/U adalah 19,6 % (peringkat ke-17 dari 33 Provinsi di Indonesia, dimana prevalensi Nasional adalah sebesar 18,0 %), prevalensi balita pendek + sangat pendek (TB/U) adalah 30,2 % (peringkat ke-24 dari 33 provinsi, dimana prevalensi Nasional adalah 35,6 %) dan prevalensi gizi kurus + sangat kurus (BB/TB) adalah sebesar 20 % (peringkat 1 dari 33 provinsi, dimana angka Nasional adalah sebesar 13,3 %).¹⁰

Secara umum tujuan pelaksanaan peningkatan perbaikan gizi masyarakat di Provinsi Jambi tahun 2011-2015 adalah dalam rangka mewujudkan visi “Jambi Emas 2015” yang bertujuan untuk meningkatkan intelektualitas dan meningkatkan produktivitas

Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan secara berkala telah menyediakan banyak data untuk diolah sebagai dasar bagi penyusunan perencanaan strategis terutama dalam mencapai target MDG's di bidang kesehatan khususnya program peningkatan status gizi balita di setiap Provinsi di Indonesia. Tujuan penulisan ini adalah untuk menyusun strategi menurunkan prevalensi gizi kurang dalam upaya pencapaian target MDG's program gizi di Provinsi Jambi tahun 2015 dengan menganalisis besaran masalah gizi pada Balita menggunakan indikator Antropometri yang tersedia dari data Riskesdas tahun 2007 di Provinsi Jambi.

METODE

Desain dan Subjek

Disain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional study*. Data yang digunakan berasal dari hasil survey Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 di Provinsi Jambi. Data tahun 2007 ini digunakan karena data tersedia hingga tingkat Kabupaten/Kota. Populasi Riskesdas adalah seluruh rumah tangga di Provinsi Jambi. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Jambi identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Kor 2007 Provinsi Jambi. Dengan demikian cara penghitungan dan penarikan

sumber daya manusia.¹¹ Untuk mewujudkan visi tersebut serta mempercepat pencapaian target MDGs, maka Provinsi Jambi perlu melakukan berbagai upaya atau program kerja yang mengarah sesuai dengan modal dasar dan spesifik yang dimiliki Provinsi Jambi.

sampel untuk Riskesdas Provinsi Jambi juga identik dengan Susenas Kor 2007, yaitu dengan *two stage sampling*. Dari setiap kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus (BS) yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga di setiap kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Dari setiap BS yang terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), dan dari setiap rumahtangga terpilih, seluruh anggota rumahtangga diambil sebagai sampel individu. Jumlah sampel Riskesdas di Provinsi Jambi 2007 meliputi 380 (tiga ratus delapan puluh) BS, 6.078 (enam ribu tujuh puluh delapan) rumahtangga dan 24.856 (dua puluh empat ribu delapan ratus lima puluh enam) individu anggota rumahtangga yang tersebar di 10 kabupaten/kota.¹²

Jumlah subyek yang diteliti pada studi ini adalah sebanyak 2.711 orang balita dimana setelah dilakukan proses *cleaning data* diperoleh jumlah sampel sebanyak 2.213 balita. Hal ini dikarenakan ketidaklengkapan data (tidak ada data berat badan, tinggi badan) dan atau adanya data status gizi pencilan (terlalu rendah atau terlalu tinggi yang ditandai dengan notasi khusus (*flag*) pada software WHO Anthro 2009). Dilakukan pembobotan sehingga jumlah sampel menjadi 269.063 balita yang terdiri dari 135.418 laki-laki dan 133.645 perempuan.

Jenis, Cara Pengumpulan dan Analisis Data

Data yang digunakan adalah data yang berasal dari Riskesdas tahun 2007 yang dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner, pengukuran, pemeriksaan fisik, pengamatan, dan pengambilan spesimen. Pengumpulan data dilakukan oleh tenaga setempat, yaitu lulusan politeknik kesehatan (D3) yang sebelumnya dilatih secara seksama meliputi teori dan praktek oleh tenaga terlatih dari Badan Litbangkes. Dalam pelaksanaan Riskesdas ini juga melibatkan seluruh instansi terkait di daerah (provinsi dan kabupaten/kota), meliputi Dinas

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Terdapat 36,6% balita *stunting*, 19,6% balita *underweight* dan 17,3% balita kurus dan sangat kurus (*wasting*). Proporsi balita laki-laki yang menderita *underweight*, *stunting* maupun *wasting* lebih banyak dibandingkan perempuan. Ada perbedaan proporsi menurut kelompok umur balita terhadap status *underweight*, *stunting* maupun *wasting* (Tabel 1.)

Terdapat 80% Kabupaten Kota yang prevalensi gizi buruk-kurangnya belum mencapai target MDG's yaitu berkisar antara 15,9 – 26,3 %. Dari balita dengan status gizi buruk-kurang (*underweight*), proporsi balita pendek-kurus (P-K) di Provinsi Jambi adalah 2,6% dimana tertinggi di Kabupaten Bungo (5,8%) dan terendah di Kabupaten Kerinci (0,6%). Proporsi balita pendek-normal (P-N) adalah 10%, tertinggi di Tanjung Jabung Barat (16,5%) dan terendah di Kabupaten Muaro Jambi (5,9%). Proporsi balita pendek-gemuk (P-

Kesehatan, Badan Pusat Statistik, Rumah Sakit Umum Daerah, Laboratorium Kesehatan Daerah, Badan Litbang Daerah, dan unsur terkait lainnya. Semua pihak yang terkait telah dilakukan berbagai tahapan pelatihan secara terstruktur. Pengawasan kualitas data dilakukan secara bertingkat serta pengukuran antropometri berupa berat dan tinggi atau panjang badan dilakukan oleh petugas terlatih.¹²

Pada penulisan ini data dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan program WHO Anthro dan SPSS. Cross-tabulasi dilakukan menurut indikator TB/U, BB/U dan BB/TB.

G) sebesar 0,2% dimana tercatat terjadi di Kabupaten Bungo (0,8%) dan Kota Jambi (0,4%). Proporsi balita tidak pendek (normal menurut indikator TB/U) tetapi kurus adalah sebesar 5,3% dimana angka bervariasi antara 3,5% di Kabupaten Tebo dan tertinggi 15,8% di Kabupaten Tanjung Jabung Barat. Proporsi balita normal-kurus (N-K) inilah yang dapat diintervensi melalui PMT dengan hasil segera terlihat. Sedangkan proporsi balita tidak pendek (normal)-normal (N-N) adalah sebesar 1,5% dimana variasi diantara Kabupaten Kota berkisar antara 0,8% di Kabupaten Bungo hingga 2,6% di Kabupaten Tebo (Tabel 2 dan Grafik 1).

Untuk dapat menurunkan prevalensi *underweight* hingga sesuai dengan target MDG's adalah dengan menangkap dan mengobati balita normal-kurus, karena kondisi kurus bersifat akut, sehingga dapat dilakukan dengan pemberian makanan tambahan hingga berat badannya meningkat menjadi normal sesuai dengan tinggi badannya. Perkiraan pencapaian target MDG's di Provinsi Jambi

adalah dengan cara mengurangi atau mengobati semua balita berstatus normal-kurus, tetapi masih terdapat 5 Kabupaten yang belum mencapai target yaitu Sarolangun (19,1%), Batanghari (17,5%), Tanjung Jabung Barat (20,5%), Tebo (17%) dan Bungo (18,5%). Bila dilakukan strategi dengan melakukan pengobatan bagi semua balita normal-kurus dan mengurangi separuh dari balita pendek-kurus, maka masih terdapat 4 Kabupaten yang belum mencapai prevalensi < 15%. Demikian pula jika dilakukan strategi menghilangkan semua balita normal-kurus dan pendek-kurus maka masih ada 3 Kabupaten yang juga belum mencapai prevalensi < 15% yaitu Kabupaten Sarolangun (15,6%), Kabupaten Tanjung Jabung Barat (17,7%) dan Tebo (15,1%) (Tabel 3).

Tabel 1 Status Gizi Balita Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Jambi Tahun 2007

Karakteristik	Underweight	Stunting	Wasting	Total
Umur (bulan)				
0-12	6011 (2,2%)	11431 (4,2%)	7487 (2,8%)	40120 (14,9 %)
>12-24	7498 (2,8%)	17037 (6,3%)	8456 (3,1%)	44361 (16,5 %)
>24-36	11160 (4,1%)	20395 (7,6%)	9503 (3,5%)	52295 (19,4%)
>36-48	11924 (4,4%)	21562 (8,0%)	8926 (3,3%)	53821 (20,0%)
>48-60	16274 (6,0%)	28135 (10,5%)	12152 (4,5%)	78466 (29,2%)
Jumlah	52867 (19,6%)	98560 (36,6%)	46524 (17,3%)	269063 (100%)
Gender				
Laki-laki	28972 (10,8%)	53157 (19,8%)	24980 (9,3%)	135318 (50,3%)
Perempuan	23895 (8,9%)	45403 (16,9%)	21544 (8,0%)	133745 (49,7%)
Jumlah	52867 (19,6%)	98560 (36,6%)	46524 (17,3%)	269063 (100%)

Tabel 2 Komposisi Gizi Buruk-Kurang Menurut Kabupaten/Kota Dan Strategi Pencapaian Sasaran MDG's di Provinsi Jambi

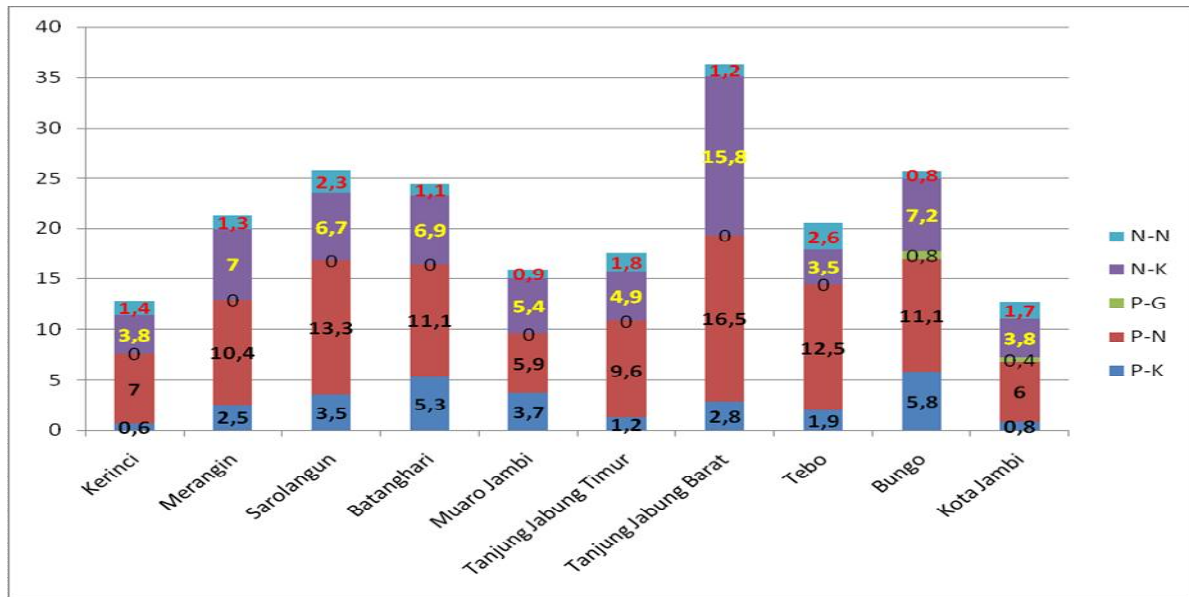
Kabupaten/Kota	Prevalensi Bur-kur 2007	Prevalensi Gizi Buruk Kurang *)				
		P-K	P-N	P-G	TP-K	TP-N
Kerinci	12,8	0,6	7,0	0	3,8	1,4
Merangin	21,2	2,5	10,4	0	7	1,3
Sarolangun	25,9	3,5	13,3	0	6,7	2,3
Batanghari	24,3	5,3	11,1	0	6,9	1,1
Muaro Jambi	15,9	3,7	5,9	0	5,4	0,9
Tanjung Jabung Timur	18,2	1,2	9,6	0	4,9	1,8
Tanjung Jabung Barat	26,3	2,8	16,5	0	15,8	1,2
Tebo	20,5	1,9	12,5	0	3,5	2,6
Bungo	25,7	5,8	11,1	0,8	7,2	0,8
Kota Jambi	12,8	0,8	6,0	0,4	3,8	1,7
Provinsi Jambi	19,6	2,6	10	0,2	5,3	1,5

Keterangan: *) P-K = pendek kurus; P-N = pendek - tidak kurus (normal); P-G = pendek gemuk; TP-K = tidak pendek - tapi kurus; TP-N = tidak pendek – normal.

Warna kuning : belum mencapai target; Hijau: angka yang harus diintervensi (diturunkan).

Tabel 3 Perkiraan Pencapaian Sasaran MDG's Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Jambi

Kabupaten/Kota	Prevalensi Bur-kur 2007	Prevalensi Gizi Buruk Kurang		
		- Semua Normal Kurus	- Semua N-K & separuh P-K	- Semua N-K & P-K
Kerinci	12,8	9	8,7	8,4
Merangin	21,2	14,2	12,95	11,7
Sarolangun	25,9	19,1	17,35	15,6
Batanghari	24,3	17,5	14,85	12,2
Muaro Jambi	15,9	10,5	8,65	6,8
Tanjung Jabung Timur	18,2	12,6	12	11,4
Tanjung Jabung Barat	26,3	20,5	19,1	17,7
Tebo	20,5	17	16,05	15,1
Bungo	25,7	18,5	15,6	12,7
Kota Jambi	12,8	8,9	8,5	8,1
Provinsi Jambi	19,6	14,3	13	11,7



Grafik 1. Komposisi Gizi Buruk Kurang (Underweight) Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Tahun 2007

PEMBAHASAN

Kebijakan intervensi efektif untuk menanggulangi masalah gangguan gizi, kematian anak, kematian ibu dan penyakit infeksi telah ada, tetapi penggunaan dan implementasinya masih belum maksimal. Masalahnya adalah bagaimana menerjemahkan kebijakan intervensi menjadi program rutin pelayanan kesehatan yang dapat menyentuh langsung masyarakat sasaran.¹³

Berdasarkan laporan tahunan program gizi Provinsi Jambi tahun 2011, kebijakan teknis pembinaan gizi masyarakat di Provinsi Jambi untuk tahun 2011-2015 merupakan tindak lanjut kebijakan program perbaikan gizi masyarakat Kementerian Kesehatan RI tahun 2010-2014 yaitu : memperkuat peran serta masyarakat dalam pembinaan gizi masyarakat melalui posyandu; memberlakukan standar pertumbuhan anak Indonesia; menerapkan

standar pemberian makanan kepada bayi dan anak; meneruskan suplementasi gizi pada balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas serta fortifikasi makanan; PMT pemulihan diberikan pada anak gizi kurang dan ibu hamil miskin dan KEK; perawatan gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan rawat inap di puskesmas perawatan, RS dan pusat pemulihan gizi maupun rawat jalan di Puskesmas dan Pos pemulihan gizi berbasis masyarakat serta memperkuat surveilans gizi.¹¹

Sedangkan strategi operasional pembinaan gizi masyarakat : meningkatkan pendidikan gizi masyarakat melalui penyediaan materi KIE dan kampanye; memenuhi obat program gizi terutama kapsul Vit. A, tablet Fe, mineral mix melalui optimalisasi sumber daya Pusat dan Daerah; meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam pemantauan pertumbuhan, konseling menyusui, MP-ASI,

tatalaksana gizi buruk, surveilans dan program gizi lain; memenuhi kebutuhan PMT pemulihan bagi balita menderita gizi kurang (kurus) dan ibu hamil keluarga miskin; pelayanan gizi pada ibu hamil berupa pemberian Fe, dan skrining ibu hamil KEK diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan ibu (ANC); melaksanakan surveilans gizi di seluruh kabupaten/kota, surveilans sentinel dan surveilans gizi darurat serta menguatkan kerjasama dan kemitraan lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi dan Lembaga Swadaya masyarakat.¹¹

Untuk melaksanakan kebijakan teknis dan strategi operasional tersebut, Pemerintah Provinsi Jambi melalui Dinas Kesehatan Provinsi telah melakukan beberapa kegiatan pengembangan gizi masyarakat pada tahun 2012 yaitu : peningkatan kapasitas penggunaan standar pertumbuhan balita bagi petugas yang telah dilaksanakan sebanyak 96 Puskesmas dalam 8 angkatan; Peningkatan kapasitas petugas dalam tatalaksana gizi buruk untuk Puskesmas perawatan yang telah dilakukan 30 Puskesmas/Rumah Sakit dalam 3 angkatan masing-masing 3 orang dari setiap Institusi; Peningkatan kapasitas konseling menyusui bagi petugas Puskesmas (60 Puskesmas terbagi dalam 3 angkatan); peningkatan konseling MP-ASI bagi petugas Kabupaten/kota (48 orang dalam dua angkatan); peningkatan kapasitas calon fasilitator konseling menyusui (10 orang); sosialisasi peningkatan konsumsi garam beryodium di setiap kabupaten/kota; diseminasi tatalaksana gizi buruk non perawatan (40 Puskesmas dalam dua angkatan) serta pertemuan evaluasi penyusunan laporan

tahunan program gizi dan jaringan informasi pangan dan gizi di setiap Kabupaten/Kota.¹⁴

Hasil analisis menunjukkan bahwa di Provinsi Jambi permasalahan gizi kurang, balita pendek dan balita kurus masih tinggi. Tingginya prevalensi gizi kurang, balita pendek, balita kurus menunjukkan bahwa masalah gizi pada balita sudah merupakan masalah yang serius. Faktor-faktor yang terkait dengan masalah kurang gizi sangatlah kompleks baik langsung maupun tidak langsung. Faktor-faktor tersebut diantaranya sosial ekonomi, kemiskinan, praktek pemberian makanan pada anak serta faktor-faktor lain yaitu partisipasi masyarakat dalam upaya perbaikan gizi melalui Pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang secara umum masih rendah, kemampuan teknis kader yang masih kurang dimana menunjukkan bahwa upaya pemberdayaan masyarakat dalam upaya perbaikan gizi masih belum optimal.⁷

Penurunan masalah gizi terutama pengurangan balita *underweight* bergantung pada banyak faktor, dukungan sumber daya serta peningkatan kualitas manajemen teknis dan operasional.¹⁵ Kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan di provinsi Jambi tersebut masih sangat terbatas dan belum mencakup pelaksanaan kegiatan teknis dan operasional yang menyentuh pada kegiatan revitalisasi posyandu sebagai upaya yang berbasis masyarakat dimana upaya kewaspadaan menurunnya keadaan gizi anak balita dapat dilaksanakan sendiri oleh masyarakat di Posyandu.

Selama ini telah dikenal dua kelompok upaya intervensi yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi sensitif

adalah berbagai kegiatan yang cukup *cost effective* untuk mengatasi masalah gizi, sedangkan intervensi spesifik adalah berbagai kegiatan program pembangunan yang memberi pengaruh terhadap status gizi masyarakat terutama kelompok 1000 hari pertama, misalnya penanggulangan kemiskinan, pendidikan, gender, air bersih, sanitasi dan kesehatan lingkungan. Kegiatan sensitif ini merupakan kegiatan yang bersifat multi dan lintas sektor. Intervensi gizi spesifik telah banyak dilaksanakan pada perbaikan gizi masyarakat di Indonesia dan umumnya ditangani oleh kementerian kesehatan dan jajarannya. Hampir semua intervensi gizi spesifik telah dilaksanakan, namun cakupan dan kualitas kegiatan dari intervensi gizi spesifik itu masih rendah.¹⁶

Keadaan kurang gizi yang banyak diderita balita adalah masalah pendek dimana tinggi badan anak tidak memenuhi tinggi badan normal menurut umurnya. Jumlah balita pendek jauh lebih banyak daripada balita gizi kurang atau balita kurus, yaitu sebanyak 9,3 juta atau sekitar 37% dari balita di Indonesia. Gangguan pertumbuhan yang mengakibatkan balita pendek bukan hanya terjadi setelah anak lahir, tetapi juga terjadi pada saat anak masih di dalam kandungan sebagai akibat keadaan gizi dan kesehatan ibu selama hamil yang kurang baik.¹⁷ Di Provinsi Jambi sendiri angka balita pendek mencapai 36,6%, balita gizi kurang 19,6%, sedangkan balita kurus 17,3% pada tahun 2007.

Upaya penanganan balita kurus lebih mudah dilakukan dengan pemberian makanan tambahan atau pengobatan agar berat badannya bertambah sehingga kembali

proporsional dengan tinggi badannya. Dalam upaya menurunkan prevalensi *underweight* di Provinsi Jambi, bila kita dapat menangkap dan menangani balita *underweight* yang tidak pendek tetapi kurus yaitu sebanyak 5,3%, maka Provinsi Jambi dapat mencapai angka 14,3%, yang berarti bahwa target MDG's tercapai. Untuk mendapatkan hasil ini diperlukan upaya yang komprehensif yakni surveilans gizi yang aktif dalam menangkap balita normal-kurus serta penanganan segera melalui program pemberian makanan tambahan. Tetapi upaya preventif dan promotif tetap dilakukan sebagai bentuk upaya mengurangi timbulnya kembali balita pendek, kurus ataupun *underweight* baru. Juga dilakukan penanganan balita gemuk yaitu dapat dengan memperbaiki kebiasaan makan dan meningkatkan aktivitas anak melalui penyuluhan/edukasi gizi seimbang.

Disamping itu penanganan masalah balita pendek tidak cukup dengan hanya melalui upaya perbaikan gizi dan kesehatan ibu hamil dan perbaikan gizi balita selama masa kritis tumbuh-kembang pada 2 tahun pertama kehidupan setelah lahir, tetapi juga memerlukan upaya-upaya lain seperti pengentasan kemiskinan, peningkatan pengetahuan, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dan kesadaran gizi masyarakat, serta perbaikan lingkungan hidup. Upaya yang komprehensif ini disamping akan berakibat pada lahirnya generasi mendatang (balita) yang tidak pendek, tetapi juga akan mencegah terjadinya balita kurus atau balita gemuk. Pada akhirnya upaya ini juga akan memiliki dampak terhadap menurunnya jumlah balita gizi kurang atau yang berat badannya tidak memenuhi standar berat

badan menurut umurnya, sekaligus mencegah terjadinya gizi buruk.¹⁷

Kondisi di Provinsi Jambi, berdasarkan prevalensi gizi buruk-kurang tahun 2007 masih terdapat 80% kabupaten/kota dari 10 kabupaten/kota yang ada yang belum mencapai target MDG's, dimana hal ini berdampak pula pada pencapaian target MDG's oleh Provinsi Jambi. Strategi yang dapat dilakukan untuk menurunkan jumlah kasus *underweight* (gizi buruk-kurang) dalam akselerasi pencapaian target MDG's di Provinsi Jambi sebagaimana telah disebutkan diatas adalah dengan menangkap semua anak-anak yang normal menurut indikator TB/U tetapi kurus menurut BB/TB. Anak normal-kurus ini dapat segera diintervensi secara spesifik dengan program Pemberian Makanan Tambahan pada semua anak yang kurus, dan hal ini dapat dicapai secara cepat, sedangkan anak-anak dengan status pendek-kurus dan pendek-normal akan tetap *underweight*, karena anak-anak pendek tidak dapat diintervensi dengan PMT. Pola analisis ini (sesuai dengan penyajian fakta pada grafik 1), dikembangkan dengan metode analisis yang juga telah dilakukan oleh Abbas Basuni Jahari yang disajikan pada Simposium Nasional Kesehatan pada Bulan Desember 2011 di JIAC.

Sebagaimana telah dikemukakan bahwa, hal yang dapat dilakukan dalam upaya menangkap anak-anak yang normal-kurus, adalah dengan meningkatkan kegiatan surveilans gizi secara aktif, sehingga dapat segera dilakukan intervensi yang tepat. Tetapi bagi anak balita dengan tinggi badan pendek-normal harus dikurangi yaitu dengan melakukan

upaya pencegahan dengan program seribu hari pertama kehidupan yang hasilnya mendatang.

Upaya tersebut dapat dicapai dengan strategi yaitu revitalisasi Puskesmas dan juga Revitalisasi Posyandu. Revitalisasi Puskesmas adalah dengan mengoptimalkan kembali fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksanaan upaya promotif dan preventif sebagai kegiatan pokoknya dan bukan mengutamakan kuratif. Seluruh petugas Puskesmas melakukan pembinaan masyarakat di luar gedung Puskesmas sehingga Puskesmas berkembang perannya bukan saja sebagai Pusat Kesehatan Masyarakat tetapi berperan utama sebagai "Pusat Pemberdayaan Masyarakat Untuk Hidup Sehat" sebagaimana telah dilakukan pada era tahun 1970-1985.¹⁸ Hal ini telah pula diupayakan Pemerintah dengan memberikan dana BOK sejak tahun 2010 pada setiap Puskesmas sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dihadapi pada wilayah kerjanya masing-masing dengan tujuan utama meningkatkan upaya promotif dan preventif.

Revitalisasi Puskesmas tetap mengacu pada Kepmenkes No. 128/Kpts/II tahun 2004 yang menegaskan pengembangan Puskesmas dalam melakukan kegiatan *Basic Six* yaitu : Promosi kesehatan, Perbaikan kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak/KB, perbaikan gizi masyarakat serta pengobatan dan penyembuhan di Puskesmas, Pustu dan Pusling. Kesemuanya menitikberatkan upaya promotif dan preventif.

Terjadinya devitalisasi Puskesmas pada akhir tahun 1970-an dan awal tahun 1990-an adalah bagian dari implikasi penempatan dokter

Inpres dan dokter PTT yang saat itu kurang siap mentalnya untuk bekerja di Puskesmas dan didalam komunitas, sehingga secara faktual para petugas puskesmas dalam dekade terakhir ini telah terbiasa hanya melakukan upaya kuratif saja di Puskesmasnya. Diperlukan waktu serta dukungan kepemimpinan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta Kepala Puskesmas yang mengerti dan memahami permasalahan kesehatan masyarakat secara keilmuannya dalam mewujudkan revitalisasi Puskesmas secara optimal. Juga diperlukan upaya memotivasi petugas agar muncul idealisme, pengabdian dan pengorbanan untuk masyarakat supaya dapat meningkatkan derajat kesehatannya secara mandiri.¹⁸

Strategi selanjutnya dalam upaya perbaikan gizi masyarakat khususnya penurunan prevalensi gizi kurang adalah dengan revitalisasi Posyandu. Posyandu merupakan wadah titik temu antara pelayanan profesional dari petugas kesehatan sebagai pembina dan peran serta masyarakat dalam menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, terutama kesehatan ibu dan anak. Penyelenggaraannya dilaksanakan oleh kader terlatih di bidang kesehatan dan KB, dimana anggotanya berasal dari PKK, tokoh masyarakat maupun masyarakat itu sendiri. Di Posyandu dilakukan berbagai macam upaya kesehatan meliputi penimbangan dan pencatatan dalam rangka kewaspadaan menurunnya keadaan gizi anak, penyuluhan, imunisasi, suplementasi zat gizi maupun kegiatan-kegiatan promotif dan preventif lainnya.

Masalah yang terjadi di Posyandu saat ini diantaranya : kader Posyandu sering berganti-

ganti tanpa diikuti dengan pelatihan atau retraining sehingga kemampuan teknis gizi kader yang aktif tidak memadai. Hal ini mengakibatkan kegiatan pemantauan pertumbuhan balita tidak dapat dilakukan secara optimal sehingga upaya pencegahan timbulnya kasus gizi kurang dan buruk menjadi kurang efektif; kurangnya kemampuan kader Posyandu dalam melakukan “konseling dan penyuluhan gizi” sehingga aktifitas pendidikan gizi menjadi macet. Akhirnya balita yang datang hanya ditimbang, dan dicatat di KMS (Buku KIA) tanpa dimaknakan, kemudian mengambil jatah PMT lalu pulang. Balita yang sudah selesai mendapatkan imunisasi lengkap tidak mau lagi datang ke Posyandu, karena merasa tidak memperoleh “manfaat apa-apa”. Disamping itu penurunan kapabilitas Puskesmas sejak krisis ekonomi dan “reformasi” sehingga kemampuan membina dan memberikan fasilitasi teknis kepada Posyandu menurun yang berakibat pada tidak terlaksananya penjarangan kasus gizi buruk secara optimal, sehingga banyak kasus gizi buruk yang tidak tertangani secara “adekuat” serta rujukan kasus menjadi terhambat sehingga “intervensi kasus gizi buruk” menjadi tidak optimal.¹⁹

Dana operasional posyandu sangat menurun dan sarana operasional Posyandu telah banyak yang rusak atau tidak layak pakai, tetapi tidak diganti atau penggantian sangat tidak memadai sehingga banyak Posyandu yang terpaksa tidak melaksanakan aktivitasnya atau beraktivitas secara tidak maksimal karena harus bergantian dengan Posyandu lain. Peralatan tersebut adalah : Timbangan Dacin

(dengan sarung timbangnya), alat ukur panjang/tinggi badan, alat-alat peraga penyuluhan (misalnya lembar balik, Poster dll), Buku KIA/KMS. Selain itu dana operasional Posyandu tidak/makin kurang tersedia sehingga Posyandu menjadi tersendat. Kondisi ini terkait dengan : (a) Otonomi tidak selalu menjamin Posyandu sebagai hal yang penting dalam pembangunan kesehatan sehingga tidak dijadikan prioritas, baik dari segi dana maupun pengembangannya. (b) Pemerintah Kabupaten/Kota tidak memiliki dana yang cukup untuk mengembangkan dan melestarikan Posyandu. (c) Kemampuan ekonomi masyarakat semakin menurun sejak terjadinya krisis ekonomi tahun 1997, sehingga kemandirian masyarakat dalam mempertahankan/melestarikan Posyandu menjadi sangat kurang.¹⁹

Permasalahan selanjutnya adalah dukungan para stakeholder di tingkat daerah (desa dan kecamatan), LSM, swasta dan organisasi keagamaan dalam kegiatan Posyandu belum bermakna sehingga belum dapat mengangkat kembali kegiatan Posyandu serta masyarakat (keluarga balita gizi buruk) banyak yang menolak untuk dirawat/dirujuk ke Puskesmas Perawatan/Rumah Sakit dengan berbagai alasan sosial – ekonomi – budaya., sehingga banyak kasus gizi buruk tidak tertangani atau tertangani secara tidak tuntas.¹⁹

Posyandu hanyalah menjadi tempat masyarakat mengharapkan pemerintah, dan akan kehilangan partisipasi manakala pemerintah sudah tidak terlibat lagi. Masyarakat terbiasa memperoleh segala sesuatu dari pemerintah. Masyarakat tidak melihat bahwa

diri, kesehatan komunitasnya dan kelompoknya seharusnya menjadi tanggung jawabnya juga. Dalam pelaksanaan kegiatan di posyandu fungsi manajemen belum berjalan dengan baik, yang digambarkan dengan keberadaan SDM, dana/pembiayaan, sarana dan peralatan serta koordinasi yang dilakukan puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan posyandu. Sarana dan peralatan yang ada di puskesmas dan posyandu masih kurang serta dana yang digunakan puskesmas untuk kegiatan posyandu sangat minim.¹⁹

Berdasarkan uraian diatas, berbagai permasalahan yang timbul perlu diantisipasi secara bersama-sama. Pemberdayaan masyarakat menjadi hal yang paling utama dilaksanakan oleh Pemerintah dengan strategi pengembangan atau peningkatan upaya pendidikan gizi bagi seluruh lapisan masyarakat.⁷ Dengan memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi yang tepat yang mengarah pada Kadarzi (keluarga sadar gizi). Penting untuk melakukan kembali revitalisasi puskesmas dan posyandu yang menempatkan peran dan fungsi promotif dan preventif sebagai pilar utama kegiatan. Upaya perbaikan gizi masyarakat bukan hanya menjadi tanggung-jawab sektor kesehatan saja, tetapi juga sektor-sektor lain yang terkait dengan peningkatan keadaan sosial-ekonomi masyarakat. Hal ini tentu saja tidak mudah, tetapi harus diupayakan secara sinergi dan dengan strategi yang tepat mengacu pada analisis data yang akurat serta menurut kearifan dan kemampuan daerah.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Penanganan masalah balita pendek harus menjadi prioritas upaya perbaikan gizi di Provinsi Jambi tetapi hasilnya baru dapat dicapai dalam jangka panjang. Dalam upaya mencapai penurunan prevalensi *underweight*, strategi yang dilakukan adalah dengan menemukan dan menangani semua balita normal (BB/U) tetapi kurus (BB/TB) yang berjumlah 5,3% agar dapat menjadi normal sehingga angka *underweight* dapat mencapai target MDG's pada tahun 2015. Upaya ini harus dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan seluruh Kabupaten/Kota dan bersinergi dengan lintas sektor terkait dengan upaya revitalisasi Puskesmas dan revitalisasi Posyandu.

Karena *underweight* terkait dengan masalah stunting, maka upaya untuk menurunkan prevalensi *underweight* harus bersamaan dengan upaya penurunan stunting. Upaya penurunan stunting menjadi fokus Pemerintah melalui penanggulangan masalah gizi pada seribu hari pertama kehidupan, sehingga disarankan Pemprov Jambi untuk melakukan perbaikan gizi dan kesehatan pada ibu hamil dan meningkatkan pengetahuan gizi bagi calon-calon ibu yaitu WUS termasuk remaja. Peningkatan praktek pemberian ASI eksklusif pada ibu yang mempunyai bayi < 6 bulan dan peningkatan program kuantitas dan kualitas pemberian MP-ASI baik kuantitas maupun kualitas yang sesuai untuk anak umur 6-24 bulan.

Dengan telah dilaksanakan Riskesdas 2013, maka direkomendasikan Pemerintah

Provinsi Jambi maupun Provinsi lainnya dapat melakukan analisis yang sama agar dapat dirumuskan strategi upaya perbaikan gizi sampai tahun 2018.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Labmandat Balitbangkes Kemenkes RI atas data yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementrian Kesehatan RI. Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Tahun 2011 Menuju Perbaikan Gizi Perseorangan dan Masyarakat yang Bermutu. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementrian Kesehatan RI, 2011.
2. Sartika, RAD. Analisis Pemanfaatan Program Pelayanan Kesehatan Status Gizi Balita. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional 2010; 5(2): 76-83.
3. Brinkman et.al. High food prices and the global financial crisis have reduced access to nutritional status and health. The Journal of Nutrition 2010;140:348-354. Diakses dari jn.nutrition.org pada tanggal 21 Februari 2013.
4. Martorell et.al. Weight Gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohort from low-and middle income countries. The Journal of Nutrition 2010;140:348-354. Diakses dari jn.nutrition.org pada tanggal 22 Februari 2013.
5. Sediaoetama, Achmad Jaeni. Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid 1. Jakarta : Dian Rakyat, 2000.
6. Aries, M, Hardinsyah dan Hendratno T. Determinan Gizi Kurang dan Stunting Anak Umur 0-36 Bulan berdasarkan Data Program Keluarga Harapan (PKH) 2007. Jurnal Gizi dan Pangan 2012; 7 (1) : 19-26.
7. Jahari, AB. Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) Dalam Menuju Gizi Baik untuk Semua. Gizi Indonesia 2005; 28 (1): 1-8.
8. Kementrian Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2010. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI, 2011.
9. Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2007. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2008.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Laporan Tahunan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2010. Jambi : Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2011.
11. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Laporan Tahunan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2011. Jambi : Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2012.
12. Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 Laporan Provinsi Jambi. Jakarta : Departemen Kesehatan RI, 2008.
13. Utomo, B. Tantangan Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) Bidang Kesehatan di Indonesia. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional 2007;1 (5): 232-240.
14. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi. Laporan Tahunan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2012. Jambi : Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2013.
15. Azwar, A. Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang. Disampaikan pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi di Hotel Sahid Jaya, Jakarta, 27 September 2004.
16. Kementrian Kesehatan RI. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Jakarta : Kementrian Kesehatan RI, 2012.
17. Jahari, AB dkk. Buku Saku Gizi Terwujudnya Generasi Penerus Bangsa yang Berkualitas : Tanggung Jawab Kita Bersama. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI, 2009.
18. Mahmoed, A. Revitalisasi Puskesmas, Perbaikan Bermakna Kesehatan Rakyat, Berbakti Kepada Negeri. Jakarta : Rayyana komunikasindo dan Rajut Publishing, 2012.
19. Nasution, A. Revolusi Posyandu sebagai solusi peningkatan pelayanan kesehatan dalam mengatasi masalah gizi buruk di Medan. diakses dari <http://aminnasution.blogspot.com/2010/07/revolusi-posyandu-sebagai-solusi.html> pada tanggal 31 Januari 2013